FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — No 464

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1897, à 1 heure

Par Z. RECHNER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PINCEMENT ET DE LA LIGATURE
DES ARTÈRES UTÉRINES

COMME PROCÉDÉ HÉMOSTATIQUE ET ATROPHIANT DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.*
SCHWARTZ et BRUN, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1897

464

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1897, à 1 heure

Par Z. RECHNER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PINCEMENT ET DE LA LIGATURE
DES ARTÈRES UTÉRINES

COMME PROCÉDÉ HÉMOSTATIQUE ET ATROPHIANT DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.*
SCHWARTZ et BRUN, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. BERGER. DUPLAY. LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON	THOINOT
BAR	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER
BROCA	HEIM	RETTERER	WALTHER
CHANTEMESSE	LEJARS	RICARD	WEISS
CHARRIN	LETULLE	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	MARFAN		WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donnee aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES FILLES CHÉRIES

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE M. PECKER

A MON BEAU-FRÈRE ET AMI M. LE Dr PECKER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DENTU

Professeur de la clinique chirurgicale.
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX.

Hommage reconnaissant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU PINCEMENT ET DE LA LIGATURE

DES ARTÈRES UTÉRINES

Comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins

---

AVANT-PROPOS

Nous sommes loin de ce temps, dit Boiffin, où après avoir diagnostiqué un kyste de l'ovaire, les chirurgiens trouvant à la place un fibrome de l'utérus se contentaient de refermer le ventre. L'hystérectomie grâce aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, aux procédés opératoires perfectionnés, aux indications qui se précisent de plus en plus, tend à étendre ses limites d'application et on peut prévoir, que l'avenir lui appartient. Mais à présent cette opération donne encore une mortalité assez haute, et cette circonstance, tant qu'elle persistera, donnera lieu aux tentatives plus ou moins rationnelles, plus

ou moins justifiées du traitement palliatif. Ces tentatives seront d'autant plus justifiées qu'il y aura toujours un certain nombre de cas où l'ablation du fibrome sera par trop audacieuse, et elles seront d'autant plus rationnelles qu'elles s'adresseront, sinon à la tumeur elle-même, du moins aux principales causes qui président à l'accroissement du fibrôme et qui donnent lieu aux phénomènes morbides graves. Une de ces opérations est la castration. Quant aux autres procédés palliatifs ils ne sont pas à dédaigner puisque quelques-uns rendent des services.

L'opération que nous avons l'honneur de soumettre à l'appréciation des chirurgiens nous a été inspirée par notre maître M. Schwartz, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, dans le service duquel cette opération a été pratiquée pour la première fois en France. C'est sous sa direction que nous avons appris au début de nos études médicales comme bénévole les premières notions de la clinique chirurgicale. En nous confiant l'étude de cette question il nous a fait un honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

Ce nous est un grand plaisir de pouvoir rendre ici hommage à nos maîtres dans les hôpitaux à MM. Campenon, Chauffard, et tout particulièrement à MM. les professeurs Potain, Guyon et Pinard dont l'enseignement brillant nous sera d'un guide précieux dans notre pratique médicale.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Le Dentu nous a fait un grand honneur, dont nous tenons beaucoup à le remercier.

I

HISTOIRE CLINIQUE DES FIBROMES UTÉRINS.

Nous n'auons nullement l'intention de faire ici une étude complète des tumeurs fibreuses de l'utérus. N'ayant d'autre but, que d'étudier une opération, qui nous semble bonne à soumettre à l'attention des chirurgiens pour le cas, où une opération plus radicale serait impossible pour une cause quelconque, nous ne dirons que quelques mots de l'histoire clinique du fibrome utérin.

a. Etiologie.

Les fibromes étant une des affections des plus fréquentes de la période active de l'utérus, on a invoqué les causes les plus diverses pour expliquer leur apparition, mais on peut dire que jusqu'à présent cette question est loin d'être élucidée.

Tout le monde est d'accord au sujet de l'époque d'apparition des fibromes. On en indique comme limites ordi-

naires 30 à 50 ans; il faut citer comme des exceptions les cas des fibromes avant l'âge de puberté et au-delà de 50 ans. Mais les contradictions commencent, quand il s'agit de savoir, s'ils sont plus fréquents chez les nullipares et célibataires ou chez les multipares. Suivant Schrœder ils se rencontrent en proportion suivante : femmes mariées 77,5, célibataires 28,4.

Nous avons souvent, pendant que nous faisions le stage obstétrical dans le service de M. Pinard, entendu l'éminent professeur exprimer ainsi son opinion sur ce sujet : « chez toute femme primipare ayant atteint 30 ans cherchez le fibrome » et plus d'une fois il nous présentait la démonstration de son opinion. De sorte, que l'influence du célibat est loin d'être admise par tout le monde.

On a invoqué encore comme cause l'involution utérine incomplète après l'accouchement ou l'avortement, mais le fait n'est pas démontré; enfin Prochownick a avancé qu'il faut incriminer comme causes prédisposantes la syphilis, le paludisme et les maladies infectieuses.

b. Anatomie pathologique.

Nous étudierons ici la structure des fibromes et des altérations survenant dans l'utérus à la suite de cette affection.

Les fibromes sont formés par hyperplasie du tissu musculaire et du tissu conjonctif et, suivant que l'un ou l'autre prédomine, on a des fibromes présentant des caractères différents. Ceux, dans lesquels le tissu musculaire

prédomine, sont d'un aspect rosé, plus mous, se trouvent en plus grande affinité avec le tissu utérin environnant. Sur une coupe on trouve les faisceaux musculaires lisses dirigés dans tous les sens, s'enchevêtrant, séparés par les travées du tissu conjonctif; les parties centrales semblent faire saillie sur la surface de la section. Les autres, dans lesquelles le tissu conjonctif est prédominant, sont à la coupe d'un aspect blanc grisâtre, durs au toucher, criant sous le scalpel, leurs connexions avec la périphérie sont très lâches. Les uns et les autres sont entourés d'une capsule formée au dépens du tissu utérin périphérique condensé et entre cette capsule et la tumeur se trouve une couche mince du tissu cellulaire lâche, dans lequel rampent les nombreux vaisseaux, nourriciers de la tumeur. Au début ces tumeurs renferment beaucoup de vaisseaux, mais à mesure de leur développement ces tumeurs perdent leur connexion avec le tissu utérin et leur vascularisation diminue, de telle sorte que les fibromes très musculaires sont aussi très vasculaires et les tumeurs dures, fibromateuses, le sont beaucoup moins.

Ces tumeurs sont pourvues des lymphatiques, dont nous devons la description à Dupuytren et à Poirier qui a décrit l'hypertrophie les lymphatiques sous-séreux.

L'existence de nerfs dans les fibromes, signalés par Dupuytren, ne fait plus de doute après les travaux de Bidder et de Hertz à ce sujet, mais malgré l'existence des nerfs l'insensibilité des fibromes est remarquable de sorte que les douleurs qu'éprouvent les malades atteints de fibromes ne peuvent nullement être mis sur le compte de l'innervation de ces tumeurs.

Le volume d'un fibrome varie de celui d'un pois à celui d'une tête d'adulte et très souvent même il est encore plus grand. On a signalé des fibromes énormes ; ainsi Hunter cite un cas, où la tumeur pesait 40 livres. Ce ne sont pas les plus grands qui se manifestent toujours par les phénomènes les plus graves.

Enfin, quant au siège, disons de suite, que chaque fibrome est situé au début dans l'épaisseur du tissu utérin (f. interstitiel ou intramural) et ce n'est qu'ensuite qu'il évolue soit vers l'extérieur (f. sous séreux ou sous-péritonéaux), soit vers l'intérieur (f. sous-musqueux). Il peut également rester toujours interstitiel. La majorité des fibromes se développe soit dans le fond, soit dans la paroi postérieure de l'utérus. Ils peuvent être uniques ou multiples.

Ordinairement les fibromes se développent lentement, par poussées coïncidant surtout avec les périodes menstruelles, parfois ils acquièrent rapidement un volume considérable. Mais assez souvent après une période plus ou moins longue d'état stationnaire ils subissent un mouvement de regression, qui peut même aller jusqu'à la résorption complète (faits relatés par Alban Doran). Des autres transformations, que peuvent subir les fibromes, nous ne ferons que signaler la dégénérescence graisseuse, l'induration, la calcification-états, qui se traduisent extérieurement par la diminution de volume. Mais outre ces transformations qui diminuent son volume, le fibrome peut en subir d'autres sous l'influence desquelles il augmente rapidement de volume. Ce sont : la transformation kystique (géodes de Cruveilhier), l'altération lymphangiectasique

décrite par Kœberlé, Klebs et Léopold, l'altération télengiectasique ou caverneuse. On a signalé aussi la transformation épithéliomateuse, mais ce fait est contesté par la plupart des auteurs. Enfin les fibromes peuvent présenter des phénomènes inflammatoires et gangréneux.

Voyons maintenant quelles lésions se développent dans le voisinage du fibrome. Elles sont manifestes surtout du côté de l'utérus lui-même et de ses revêtements muqueux et péritonéal.

Du côté de l'utérus on note l'hyperthrophie du muscle utérin, l'augmentation, l'allongement considérable de sa cavité, ce qui a permis à mon éminent maître M. Guyon d'appeler cet état de l'utérus « grossesse fibreuse », comparaison surtout juste pour les fibromes sous-muqueux.

La muqueuse sous l'influence des fibromes subit aussi des modifications profondes. Nous parlerons plus longuement de ces modifications, quand nous discuterons la pathogénie des hémorrhagies dans les fibrômes. Disons ici seulement, que ces lésions sont celles d'une endomètrite glandulaire et interstitielle accompagnée d'un développement excessif des capillaires sanguins.

Du côté du revêtement péritonéal il se produit sous l'influence des irritations continues des péritonites partielles qui s'accompagnent des exsudats, qui en s'organisant relient par des adhérences souvent très vasculaires, très étendues, très fortes, l'intestin, l'utérus et les annexes, et souvent si étroitement, qu'aucune opération radicale n'est possible, fait très connu de tous les chirurgiens et

dont nous trouvons quelques exemples dans nos observation (Obs. I, II, III, IV, V, VI).

Enfin nous terminerons cette partie de notre étude en énumérant les lésions des autres organes, qui sont mises par différents auteurs sur le compte des fibromes utérins. Ce sont : des salpingites (Gottchalk), des ovarites, dégénérescence graisseuse du foie (Bantock), pyélite et pyélonéphrite (S. Pozzi), hypertrophie et dilatation du cœur gauche (Sébileau), dégénérescence graisseuse (Hofmeier), etc.

c. Symptomatologie et diagnostic.

Dans son *Traité de gynécologie* S. Pozzi divise les signes des corps fibreux de l'utérus en deux groupes : 1) en symptômes rationnels qui reproduisent le syndrôme utérin et 2) les signes physiques provenant de la tumeur.

Les principaux symptômes du premier groupe sont : l'hémorrhagie et la douleur.

L'hémorrhagie peut revêtir les caractères les plus différents. Tantôt elle survient sournoisement pendant les périodes menstruelles (ménorrhagie) et ne se traduit quelquefois que par l'abondance inaccoutumée des règles; tantôt les règles durent seulement plus longtemps que d'habitude, ou enfin deviennent très abondantes et très prolongées. Dans les autres cas les règles suivantes arrivent chaque fois avant l'époque présumée. Enfin il y a des cas où l'hémorrhagie survient dans la période inter-

calaire (métrorrhagie), de sorte que les femmes *sont presque constamment dans le sang.*

Dans l'un et l'autre cas l'anémie profonde et un état général grave en sont la conséquence parfois irréparable, si on n'intervient pas à temps.

Mais l'hémorrhagie, tout en étant très fréquente, n'est pas constante et elle est d'autant moins constante, que le fibrome est plus éloigné de la muqueuse. Ainsi, suivant la statistique de Winckel, les hémorrhagies ne se rencontrent que dans 50 0/0 des cas des fibromes, et parmi les différentes variétés des fibromes, suivant le même auteur, l'hémorrhagie manque

dans les fibromes	sous-muqueux	dans 8, 5 0/0	des cas.
	interstitiels	17, 3 0/0	»
	sous-séreux	25, 0/0	»

La leucorrhée est presque constante. Parfois à la place des hémorrhagies les malades ont des écoulements *hydorrhéiques* souvent très abondants.

La douleur peut revêtir différentes formes : sensation de pesanteur, douleur lombaire, sciatique (Kidd), douleurs expultrices dans les cas de volumineux fibromes sous-muqueux.

Les phénomènes de compression se traduisent le plus souvent sous forme de troubles de la défécation et de la miction, d'œdème des membres inférieurs, de difficulté de la respiration, etc.

Parmi les signes physiques fournis par l'examen local il faut placer en première ligne *l'allongement de la cavité utérine*, qui est constant, quand la tumeur n'a pas achevé

son évolution ; puis vient la *présence de la tumeur*, qu'on constate par le toucher combiné au palper abdominal, mais cette constatation n'est pas toujours chose facile, surtout pour les petits fibromes.

N'ayant pas en vue surtout le côté clinique de la question nous ne nous attarderons pas á discuter le diagnostic des fibrômes utérins avec les autres affections du petit bassin ; l'existence de quelques symptômes communs pourrait être la cause d'erreur ; mais, en réalité, ces affections se distinguent dans la grande majorité des cas suffisamment pour éviter une erreur de diagnostic, si on étudie attentivement chaque signe fourni par l'examen de la malade.

d. — Marche et pronostic.

La marche du fibrome utérin est variable. On cite des cas où ils sont restés méconnus par les malades parce qu'ils ne les incommodaient nullement. D'autre part, la plupart des fibromes, quand la femme entre dans la ménopause, subissent un mouvement de regression et ne s'accompagnent plus d'aucun trouble. Enfin Pozzi a signalé des cas des fibromes, qu'il a appelé fibromes galopants, qui brusquement prennent un développement excessif et peuvent amener les phénomènes des plus graves. On a noté aussi l'expulsion spontanée de la tumeur (Marchand, Routier) et la mortification avec perforation des organes voisins, rectum et vessie, ce qui est déjà un accident très grave.

En général, le pronostic est sérieux si le fibrome s'ac-

compagne d'anémie à cause des hémorrhagies, de la compression des organes voisins, des troubles cardiaques et rénaux, des poussées de péritonite chronique; mais il peut devenir fatal quand la tumeur s'enflamme : la péritonite aiguë, la septicémie et l'embolie peuvent subitement emporter la malade, comme en témoignent les observations rapportées par Doyen et Péan et depuis par beaucoup d'autres.

II

PATHOGÉNIE DES FIBROMES UTÉRINS ET DE LEURS HÉMORRHAGIES.

La question de pathogénie de fibromes utérins et de leurs hèmorrhagies n'est pas encore complètement étudiée, malgré un grand nombre de travaux, que cette question a suscités. Néanmoins tous les auteurs s'accordent pour chercher le point de départ dans un trouble circulatoire. Ainsi Klebs a émis l'hypothèse que les fibromes ont pour point de départ la prolifération et l'hyperplasie des tissus musculaires et conjonctifs de certains vaisseaux, mais il n'indique pas la cause qui provoque cette prolifération. Kleinwächter va plus loin : il a vu, qu'à la suite d'oblitération de petits capillaires, on trouve autour d'eux des cellules rondes et il pense, que ces cellules constituent le noyau d'un futur fibrome. Gottschalk met le point de départ dans la prolifération de l'endothélium des capillaires sous l'influence d'une irritation locale, d'où cette théorie qu'il a exposée au congrès de Bruxelles en 1893 dans son travail intitulé « *Ueber die Histogenèse und*

Aetiologie der Uterusmyom » et qui l'a conduit théoriquement à la pratique des ligatures des artères utérines puisqu'il pensait, que les fibromes ne se développent que sur les utérus surabondamment nourris, c'est-à-dire surabondamment vascularisés.

Est-ce que nous n'avons pas d'autres preuves à l'appui de cette opinion, preuves indirectes, mais qui sont néanmoins assez démonstratives ? Ces preuves sont fournies par l'influence qu'exercent sur le développement des fibromes la menstruation et la grossesse d'une part, la ménopause et l'état post-gravidique d'autre part. C'est un fait reconnu par tous les auteurs que les fibromes augmentent de volume à chaque période menstruelle, à chaque grossesse, qui provoquent vers l'utérus un afflux considérable de sang, dont une partie va nécessairement au profit de la tumeur, qui reçoit ses vaisseaux de la même source que l'utérus. Pozzi cite un cas où le fibrome a triplé de volume pendant la grossesse et qui a disparu sans laisser des traces après l'accouchement. Au contraire, quand le produit de conception est expulsé, après la délivrance, quand l'apport sanguin revient à la normale ou à peu près, on voit la tumeur s'affaisser, diminuer de volume et elle peut, suivant le même auteur, « disparaître peu à peu, entraînée aussi dans le mouvement d'involution de l'utérus », comme dans le cas cité plus haut.

La même chose s'observe dans la ménopause. On reconnaît généralement que, la ménopause fait rétrocéder les fibromes dans la grande majorité des cas et que dans les cas où ils ne regressent pas ils restent au moins stationnaires, faits qui s'expliquent très bien par cette loi

de la pathologie générale, qu'un organe, qui ne fonctionne pas, se nourrit moins bien, reçoit moins de sang et tend à l'atrophie.

Quelle est donc la cause morbide, qui produit les hémorrhagies dans les fibromes utérins? Disons tout d'abord, que ce n'est pas le fibrome lui-même qui saigne puisque on a trouvé que la muqueuse utérine à son niveau est toujours amincie et atrophiée. De plus, ni le nombre, ni le volume des fibromes n'ont d'influence manifeste sur la gravité de l'hémorrhagie et on a même indiqué, que les petits fibromes sont souvent les plus hémorrhagiques. En étudiant l'anatomie pathologique, nous avons dit qu'on trouve des modifications du côté de la muqueuse utérine. Précisons maintenant cette question et voyons, s'il ne faut pas chercher dans les particularités de cette modification la cause de l'hémorrhagie. Depuis qu'on pratique très largement l'hystérectomie et que les histologistes ont entre leurs mains un grand nombre d'utérus fibromateux, la question est maintenant bien étudiée grâce aux travaux de Wyder, von Campe, Heitzman, Walton Cornil et Batuaud et nous ne pouvons mieux résumer l'état actuel de nos connaissances à ce sujet qu'en citant ces derniers auteurs : « la surface de la muqueuse est irrégulière, un peu végétante et laisse voir des dépressions répondant au goulot des glandes, situées entre les parties saillantes. Le tissu conjontif très riche en petite cellules arrondies ou ovoïdes est épaissi et il montre, de distance en distance,les coupes transversales, obliques ou longitudinales des glandes. Ce tissu est très vasculaire; dans une région superficielle les vaisseaux sont petits ils

se rapportent à des veinules, à des artérioles ou à des capillaires, mais ils sont plus volumineux dans les couches profondes de la muqueuse » (Cornil). Batuaud dans sa thèse, parue en 1891, qui a trèsbien étudié la même question, arrive après de nombreux examens des muqueuses des utérus fibromateux aux conclusions suivantes encore plus avancées : « La muqueuse est hypertrophiée, fongueuse, les glandes se sont développées, ont bourgeonné, envoyant les cellules épithéliales en tous sens. Le tissu conjonctif s'hypertrophie, les vaisseaux se dilatent, puis se rompent et produisent les hémorrhagies interstielles dans toute la masse.

Donc, la lésion de la muqueuse utérine consiste en endométrite glandulaire et interglandulaire et, comme l'indiquent Cornil et Batuaud, en un développement excessif et une dilatation des vaisseaux sanguins qui étant très fragiles se rompent ; de plus, la muqueuse utérine, qui à l'état normal, comme le dit Testut, est elle-même très friable, s'altère facilement, d'autant plus qu'elle ne peut à l'état malade résister à l'afflux sanguin, ce qui se produit surtout pendant la période menstruelle, d'où les hémorrhagies abondantes et prolongées.

Mais en dehors de cette vascularisation de la muqueuse plus abondante qu'à l'état normal on peut trouver encore une cause qui peut expliquer dans une certaine mesure l'abondance, des règles dans les fibromes utérins et que je n'ai trouvé mentionnée nulle part : c'est l'allongement et l'agrandissement de la cavité utérine, qu'on observe presque constamment dans les utérus fibromateux. La muqueuse utérine suit le mouvement d'agrandissement de la cavité

utérine et saigne par cela même par une plus large surface, et, à mon avis, cette circonstance pourrait bien expliquer l'abondance des pertes sanguines pendant les règles.

De plus, nous croyons avec Mlle Desmollières, que l'endométrite qu'on rencontre dans les utérus fibromateux ne joue qu'un rôle secondaire dans la production des hémorrhagies, puisqu'on n'y rencontre que des microbes banaux et encore les rencontre-t-on seulement à la superficie et jamais dans les couches profondes de la muqueuse ; ces microbes se greffent sur la muqueuse préalablement congestionnée et offrant par cela même une moindre résistance, et cela nous explique pourquoi les procédés de traitement qui s'adressent dans cette sorte d'hémorrhagie à l'endométrite échouent le plus souvent comme par exemple, le curettage, qui, étant un excellent moyen dans les métrites proprement dites, ne donne pas même des résultats plus ou moins durables dans les endométrites des utérus fibromateux, puisque, l'hyperhémie de l'utérus persistant, la nouvelle muqueuse ne tarde pas à s'altérer. D'où provient cet hyperhémie de l'utérus ? Ici nous rappelerons encore une loi de la pathologie générale, que tout travail de néoformation provoque une hyperhémie intense dans l'organe, que cet état congestif loin de diminuer ira en augmentant au fur et à mesure du développement de la tumeur, puisque cette tumeur étant un corps étranger pour l'organe produit une irritation continue pour les tissus environnants, et cette loi est tellement vraie pour notre cas particulier des fibromes utérins, que nous voyons, que plus la tumeur est près de la muqueuse, plus les hémorrhagies manquent moins rare-

ment, et que, lorsque la tumeur s'éloigne suffisamment de la muqueuse pour devenir la cause d'irritation pour le péritoine, il se produit une réaction du côté de celui-ci, réaction, qui se traduit par un exsudat et des adhérences.

Donc, concluons : de l'étude de la pathogénie du développement des fibromes et de leurs hémorrhagies nous voyons qu'il faut probablement incriminer un trouble circulatoire, une hyperhémie locale sous l'influence d'une irritation locale quelconque, comme point de départ des fibromes, et ce fibrome, une fois en voie d'évolution, provoque du côté de tout l'organe une hyperhémie intense, qui, aidée par les microbes banaux, produit une endométrite et cette endométrite à son tour crée la fragilité de la muqueuse, d'où les hémorrhagies.

III

TRAITEMENT PALLIATIF DES FIBROMES UTÉRINS.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu, que la vascularisation excessive dans un point est probablement le point de départ des fibromes, que l'hyperhémie secondaire de l'organe entretient son développement et favorise les hémorrhagies. Il est donc rationnel, que le traitement doive s'adresser soit à la tumeur déjà existante et en débarrasser l'organisme, soit à la cause qui le produit et l'entretient pour entraver son développement, soit aux phénomènes morbides, par lesquels le fibrome retentit sur l'organisme. Ici nous n'avons pas l'intention de nous occuper des procédés, qui ont pour but l'ablation de la tumeur et nous n'en parlerons pas. Nous avons limité notre sujet au ne opération palliative, ayant pour but surtout de faire cesser les hémorrhagies dans les fibrômes utérins et dans la mesure du possible d'arrêter le développement de ces tumeurs ou les faire rétrocéder. Nous ne passerons donc en revue que les procédés palliatifs qui, avant cette opération, poursuivaient le même but.

Tous ces procédés palliatifs peuvent être divisés en deux grandes classes : médicaux et chirurgicaux, et nous utiliserons cette division pour la clarté d'exposition.

a. Traitement médical.

Nous ne citerons que pour mémoire le procédé barbare, qui cherchait à affamer les fibromes en affamant les malades (*cura famis*), pratiqué par les médecins arabes. De même, nous n'avons pas à nous occuper de divers médicaments, qui ont joui d'une grande vogue comme amenant la dégénérescence graisseuse et la regression des fibromes et qui, en réalité, ne produisaient d'autre effet que d'activer la nutrition des malades et relever leur état général, ce qui était déjà beaucoup, et à ce titre certains d'entre eux méritent de rester en emploi pour remplir ce but. Tels sont l'arsenic, le phosphore, qui n'ont pas justifié des espérances que Gueniot a conçu d'eux, ainsi que les différentes eaux minérales chlorurées calciques, comme celles de Saliès de Bearn, Vichy, Salins, Neris, Biarritz, Kreitznach, etc., qui, bien maniés, rendent actuellement aux malades beaucoup de services, mais seulement en améliorant leur santé générale, qui est ébranlée par les hémorrhagies abondantes et par les autres troubles provoqués par les fibromes utérins, mais qui n'ont aucune influence ni sur la tumeur, ni sur les hémorrhagies elles-mêmes. Mais parmi les différents traitements médicaux il y en a quelques-uns qui ont une action manifeste sur les hémorrhagies et en partie peut-être sur le fibrome, mais

ce dernier fait n'est pas admis par tous les auteurs ; il mérite d'ailleurs une description plus complète, d'autant qu'il est très en vogue en ce moment. Ce sont, l'ergot de seigle et les autres médicaments de même ordre, l'électricité et le massage.

Ergot de seigle. — L'ergot de seigle ou l'ergotine est surtout employé depuis les travaux de Hildenbrandt, qui a introduit en pratique les injections hypodermiques et dans le tissu utérin de cette substance. Ordinairement on injecte 0, 25 centigrammes par jour. Cette méthode a rapidement pris une grande extension et elle a rencontré de chaleureux défenseurs. Byford, Léopold et Verneuil disent en avoir souvent retiré pour leurs malades un réel bénéfice, mais ce qui constitue un des plus grands inconvénients de ce traitement, c'est sa longue durée pour obtenir un résultat. Un grand nombre d'observateurs entre autres Schrœder disent n'avoir retiré aucun résultat appréciable même après 400 injections. Quant à la prétendue pédiculisation de la tumeur et à son énucléation spontanée sous l'influence des injections d'ergotine, Pozzi en doute et pense que l'ergotine n'y est pour rien.

Les autres médicaments de même ordre que l'ergot de seigle, c'est-à-dire vasa-constricteurs, à savoir : *cannabis indica, hammamelis, hydrastis canadensis* agissent de même très lentement, ont besoin d'être pratiqués pendant fort longtemps pour amener le résultat qu'on cherche. Ainsi Schatz a vu un volumineux fibrome rentrer dans la cavité pelvienne après l'emploi *d'hydrastis canadensis* pendant deux ans. Mais alors on est en droit de se demander, si c'était bien ici l'influence du médicament ou la re-

gression naturelle de la tumeur, qui a achevé son évolution ?

L'électricité. — L'application de l'électricité au traitement des fibromes utérins nous vient d'Amérique, mais elle n'a reçu l'extension qu'elle a actuellement que grâce aux travaux d'Apostoli, qui en a précisé les indications, modifié l'instrumentation et indiqué le manuel opératoire. Apostoli a appliqué au traitement des fibromes les courants continus pour produire leur électrolyse, mais il se distingue de ses prédecesseurs Cutter, en Amérique et Ciniselli en Italie, en ce qu'au lieu d'employer des courants faibles comme eux, il emploie des courants de haute intensité. Il ne dépassait pas au début de ses travaux 100 milliampères ; il arrive maintenant à employer des courants de 250 milliampères. Quels sont les résultats obtenus par ce procédé ? Suivant Apostoli l'électrolyse bien appliquée et assez longtemps prolongée (de trois à neuf mois en moyenne) n'amène jamais la disparition totale de la tumeur, rarement la diminution de la tumeur de moitié. Les effets les plus constants de l'électrolyse sont les suivants : arrêt très rapide de l'hémorrhagie ; reduction partielle de la tumeur, disparition des phénomènes de compression. Ces avantages très réels, s'il en était toujours ainsi, sont contestés par un grand nombre des chirurgiens, qui en plus lui trouvent de nombreux inconvénients. Tout d'abord, dans la statistique de Cutter sur 50 cas traités on trouve 4 cas de mort et seulement 11 guérisons. Puis Terillon accuse ce procédé de déterminer des suppurations très prolongées, qui sont une nouvelle cause d'affaiblissement des malades.

Les différentes modifications de l'application de l'électricité au traitement des fibromes, comme celle de Danion par les courants renversés souvent, de Aimé Martin et de Cheron par les courants rythmés, n'ont pas donné d'autres résultats que d'arrêter l'hémorrhagie, et encore pour produire ce résultat ce mode de traitement demande un temps fort long. Actuellement, on compte parmi les adversaires de ce traitement Lawson-Tait, Emmet et autres qui disent n'en retirer aucun bénéfice pour leurs malades. En France, Doleris pense que ceux, qui ont constaté la diminution de la tumeur, sont probablement victimes d'une illusion.

En somme, l'électricité vantée par les uns, dénigrée par les autres, reste néanmoins un procédé hémostatique assez bon, quand on n'est pas obligé, vu l'état de la malade, d'agir promptement et sûrement.

Le massage. — Le massage de l'utérus fibromateux, introduit en Suède par Brandt, n'a pas poussé de profondes racines en France, malgré les travaux de Norström et les résultats qu'il donne ne sont pas de nature à le faire préférer aux autres procédés ; tout au plus, contribue-t-il à faire cesser les hémorrhagies, et encore ce traitement demande une longue série de séances, et ce résultat est loin d'être constant.

b. Traitement chirurgical palliatif.

Nombreux sont les procédés chirurgicaux palliatifs, qu'on a imaginé contre un des symptômes le plus inquié-

tant des fibromes utérins : l'hémorrhagie. Mais tous ces procédés, excepté l'oophorectomie et la ligature des artères utérines, ont ceci de commun de ne s'adresser qu'à l'effet éloigné des fibromes utérins, soit à l'hémorrhagie elle-même, soit à l'endomètrite, tandis que les deux dernières opérations, issues de deux conceptions parallèles et peut-être se complétant mutuellement de la pathogénie des fibromes, s'adressent chacune à la cause supposée de ces fibromes, et en annulant cette cause, cherchent sinon la disparition du fibrome, du moins l'arrêt de son développement et des phénomènes morbides, qu'il provoque. Nous nous arrêterons donc plus longuement sur ces deux opérations.

Voyons quelles sont les opérations palliatives.

Injections intra-utérines. — Les injections vaginales et intra-utérines sont employées depuis longtemps. Les liquides qui ont été recommandés sont : les solutions d'iode, le perchlorure de fer, l'eau chaude, etc. Mais ces injections ont un effet très temporaire et elles ne réussissent pas toujours.

Pansements vaginaux et tamponnements intra-utérins. — Ils ne réussissent le plus souvent qu'à dissimuler l'hémorrhagie qui imbibe les tampons, mais s'arrête rarement.

Curettage. — Plus haut dans le chapitre de pathogénie nous avons dit, pourquoi cette opération excellente contre les métrites proprement dites ne donne pas de résultats dans les métrites des utérus fibromateux. C'est qu'ici l'endométrite est l'effet éloigné de l'hyperhémie utérine auquel s'ajoute l'action des microbes, qui par eux-mêmes ne provoquent pas de métrite. Le curettage en faisant

l'abrasion de la muqueuse fongueuse et saignante peut bien arrêter l'hémorrhagie, mais la nouvelle muqueuse ne tardera pas sous l'influence de la même cause, l'hyperhémie utérine, à être envahi par les microbes. Donc, la récidive des hémorrhagies est presque la règle et trop souvent à bref délai.

Dilatation du col. — Cette opération mise en pratique par Terrier en 1888, préconisée ensuite par Kaltenbach, est faite à l'aide des tiges de laminaire ou avec les bougies de Hegar, mais elle donne des résultats de très courte durée et est bonne tout au plus pour gagner du temps, si la femme s'approche de la menopause.

Section bilatérale du col. — Pratiquée par Nélaton, par Angel Villa elle est issue de la même théorie, que l'opération précédente, théorie qui rapportait la cause des douleurs et des hémorrhagies dans les fibromes utérins à l'étroitesse du canal cervical. Mais, comme le dit Pozzi, cette opération ne donne de résultats qu'à la condition, que le col soit sectionné assez loin et haut de façon à nécessiter la ligature des artères utérines, et il nous semble aussi, que dans ces cas ce n'est pas la section du col qui donne de bons résultats, mais la ligature des artères utérines.

Voilà ces opérations, qui tout au plus permettent à la malade de se remettre un peu des hémorrhagies et au chirurgien de temporiser un peu avec une intervention plus active, laquelle dans l'ordre d'efficacité peut être soit l'ablation de la tumeur, soit la castration, soit la ligature des artères utérines. Les différents procédés d'ablation des fibromes étant tout à fait en dehors du cadre de notre sujet,

nous consacrerons le reste de ce chapitre à la castration, nous réservant de traiter de la ligature des artères utérines dans un autre chapitre.

Castration ou oophorectomie. — Les statistiques ont depuis longtemps fait voir aux chirurgiens que les fibromes utérins apparaissaient rarement chez les femmes ayant atteint la ménopause; d'autre part, les observations cliniques démontrent avec une évidence presque absolue, que les fibromes, qui se sont développés avant la ménopause, s'arrêtent dans leur évolution, regressent et même disparaissent complètement avec tout le cortège morbide, qu'ils provoquaient, quand la femme atteint la ménopause. De là à conclure, que les fibromes se produisent et se développent sous l'influence d'une cause dépendante de la foncion génitale de l'ovaire, il n'y avait qu'un pas et Lunsden en 1823 l'a franchi, en proposant de provoquer une ménopause artificielle par l'ablation des deux ovaires, et cette opération, appelée castration ou oophorectomie, fut pratiquée la première fois pour un fibrôme utérin par Trenholme en 1876. Depuis, cette opération, pratiquée encore en 1872 par Battey et Hegar pour des dysmenorrhées douloureuses, se vulgarisa rapidement et actuellement il y a peu de chirurgiens, qui ne l'aient pratiquée. Cette opération et par la facilité de son exécution par rapport à l'hystérectomie et par sa statistique très satisfaisante, donnant une mortalité moindre que l'hystérectomie, est devenue pour beaucoup de chirurgiens l'opération de choix, comme Lawson-Tait, Hegar, Wiedow. Nous ne discuterons pas ici les indications de cette opération, mais nous dirons seulement que cette opération ne peut venir qu'en second

lieu, quand il y a une contre-indication pour l'opération plus radicale de l'hystérectomie. Pozzi formule ainsi les indications de cette opération : « Toutes les fois que la castration doit être beaucoup moins grave, que l'hystérectomie et que celle-ci n'est pas formellement indiquée par les phénomènes de compression, la castraction devra lui être préférée. »

Nous ne dirons rien du manuel opératoire, qui ne peut nous occuper ici.

Voyons seulement quels sont les résultats de cette opération. Tissier, qui dans sa thèse parue en 1884 a réuni 171 opérations, note 25 morts, soit 14,6 pour 100. La statistique de Lawson-Tait qui porte sur 262 cas ne donne qu'une mortalité de 1,23 pour 100. Quant aux résultats obtenus par cette opération nous ne citerons que la statistique de Pozzi portant sur 146 cas : 89 fois la cessation complète des hémorrhagies; 21 fois, ménopause survenue après une période plus ou moins longue d'hémorrhagies irrégulières ; 10 fois retour des règles après un court répit; 9 fois aucun changement dans le volume du fibrome, 66 fois diminution rapide ; 71 fois aucun renseignement (la malade est portée guérie).

IV

DU PINCEMENT ET DE LA LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES.

a. Historique.

En 1880 Hofmeier a proposé de lier les artères tubo-ovariennes. En supprimant la nutrition des ovaires, on amènerait ainsi leur dégénérescence et on aurait le même résultat qu'après l'ablation des ovaires. C'était une sorte de castration sans ablation des ovaires. Cette opération reprise par Geza von Antal, qui l'appela ligature atrophiante, était ensuite préconisée par Hegar et par Terrier comme un procédé bon à remplacer la castration dans le cas, où la laporatomie faite, on se trouverait dans l'impossibilité de faire l'ablation des ovaires sans danger pour la malade. En 1888, Segond en rapportant 4 cas de castration qu'il a pratiqués, s'exprime ainsi à propos des ligatures atrophiantes : « Il est un dernier mode d'intervention « dont la valeur n'est pas encore définie, mais qui semble « néanmoins très rationnelle. Il consiste à remplacer l'abla- « tion des tumeurs ou des annexes par l'application d'un

« certain nombre de ligatures perdues sur les vaisseaux « utéro-ovariques. Plusieurs auteurs tels qu'Hegar, Hof- « meier, Antal et Schœder, estiment qu'il peut en résulter « une série des troubles nutritifs capables d'exercer sur les « tumeurs utérines, des effets analogues á ceux de la cas- « tration proprement dite. On sait enfin, que cette pratique « des ligatures atrophiantes est très vivement recommandée « par Terrier. Il y a donc lieu de fonder sur la méthode les « espérances les plus légitimes et de la considérer comme « un expédient opératoire, qui nous permettra peut-être de « diminuer beaucoup le nombre des laporatomies simple- « ment exploratrices et d'assurer á nombre de femmes « pour lesquelles nous ne pouvions rien jusqu'ici des ga- « ranties de soulagement ou même de guérison. » Pozzi, au contraire, fait peu de cas de ces considérations et conseille de refermer le ventre le plus tôt possible sans pratiquer la ligature des vaisseaux, si l'on ne peut enlever les deux ovaires, puisque dit-il « l'utilité de cette opération est problématique et elle ne me paraît pas pas inoffensive ».

Remarquons ici que Segond parle des ligatures des vaisseaux utéro-ovariens, tandis que les auteurs cités par lui ne parlent que des vaisseaux tubo-ovariens ce qui n'est pas la même chose, comme nous le verrons plus loin.

En 1890 W. B. Dorsett a lu devant la Saint-Louis Medical Society le rapport intitulé : « *A case of atrophy of the female genitalia following pregnancy and Remarks* » dans lequel on trouve la phrase suivante : « Je crois que dans le traitement des fibromes utérins sous-muqueux, intra-pariétaux et sous-péritonéaux... la ligature de l'artère utérine n'est pas un procédé anti-scientifique.

Au contraire, plus j'y pense, plus je suis incliné à croire que ce pourrait être le plus rationnel et le plus sûr des traitements ». En août de la même année il publie dans « *Courier of Medicine* » le manuel opératoire de l'opération pratiquée par le vagin, mais il ne l'a pas encore réalisé.

En septembre 1892, au congrès international à Bruxelles S. Gottschalk (de Berlin) lit son travail « *Ueber die histogenese und aetiologie der Uterusmoyom* » exposé par nous dans le chapitre II, où il arrive à la conclusion que la ligature des artères utérines doit être un procédé curatif, conclusion logique de sa conception de la pathogénie des fibromes utérins. Cette opération fut exécutée pour la première fois par la voie vaginale le 15 novembre 1892 par Franklin H. Martin (de Chicago), qui en a publié le résultat et le manuel opératoire en 1893, ainsi que sa seconde opération pratiquée le 2 décembre 1892. Depuis il en a publié encore quatre. Cette opération a trouvé en Amérique et en Allemagne des nombreux partisans et les observations se multiplient. Ainsi cette opération était pratiquée par Boldt, Hamilton, Lyman, Hanks en Amérique, Gottschalk, Kühn en Suède. En 1874 Goelet arrive trop tard pour réclamer la priorité de cette opération, qu'il pratiqua une fois en 1889 n'en ayant pas alors publié l'observation, et cette opération par la voie vaginale porte en Amérique le nom d'opération de Martin ; mais nous croyons, qu'il serait juste d'associer le nom de Gottschalk qui en a donné la base scientifique, et nous proposons d'appeler la ligature des artères utérines par la voie vaginale opération de Gottschalk-Martin. Parallèlement à la

ligature des artères utérines par le vagin on continuait à pratiquer la même opération par la voie abdominale avec de très bons résultats, comme en témoignent les observations de F. Byron, Robinson et Greene, publiées par nous.

En France nous n'avons nulle part rencontré de mention de cette opération. Le 11 mai 1894 M. Rochard, remplaçant M. Schwartz, chirurgien de Cochin, après un essai infructueux d'hystérectomie vaginale et abdominale à cause des adhérences étendues fait l'opération d'Hegar-Battey et en plus pince les artères utérines et laisse les pinces en place pendant 48 heures. La seconde observation est celle de M. Schwartz qui opérant en ville et ne pouvant pas faire l'opération d'Hegar-Battey, pince les artères utérines par le vagin. Ces deux observations inédites sont rapportées par nous ici grâce à l'obligeance de M. Schwartz.

b. Indications de la ligature des artères utérines

En passant en revue les observations recueillies par nous, nous voyons qu'elles se divisent en deux catégories : l'une, dans laquelle on a pratiqué la ligature des artères utérines par la voie vaginale, sans qu'on ait songé à pratiquer une opération radicale, et l'autre, dans laquelle on a pratiqué la laporatomie en vue de faire soit l'hystérectomie, soit la castration et ce n'est que vu le danger que pourraient courir les malades par cette opération qu'on a pratiqué la ligature des artères utérines ou utéro-ovariques.

Nous serions disposé à admettre la ligature des artères

utérines par la voie vaginale avant l'essai de castration ou d'hystérectomie, vu les nombreux succès que nous rapportons ici, mais l'observation de Rydygier nous indique nettement, que cette opération ne doit venir qu'après l'hystérectomie et la castration, quand le ventre ouvert on s'assure de *visu* qu'aucune de ces deux opérations ne peut être exécutée sans un réel danger pour la malade. L'observation, qui nous dicte cette conduite prudente, rapporte l'histoire d'une femme à laquelle on a fait la ligature des deux artères spermatiques internes (?), des deux artères utérines et de deux artères du ligament rond ; les hémorrhagies cessèrent complètement, mais pour revenir 10 mois après, devenant de plus en plus fortes. Elle rentra à l'hôpital 5 mois après et mourut au bout de 5 jours, avant qu'on ait songé à lui faire une opération radicale, avec tous les symptômes d'anémie profonde (Obs. XIX) ; on aurait peut-être évité cette mort tragique, si on avait songé lors de la première opération à une intervention radicale.

Donc les indications de cette opération se précisent elles-mêmes par ce que nous avons dit plus haut, et nous pouvons les formuler ainsi :

La ligature des artères utérines ou utéro-ovariennes ne doit être préférée à l'hystérectomie ou à la castration qu'après s'être assuré que ni l'une ni l'autre ne sont pas praticables, soit par suite d'existence des adhérences étendues et vasculaires, soit par suite de l'état général grave de la malade, laquelle ne pourrait être soumise sans un réel danger à une laborieuse opération.

Quant à ce qui est de nombreuses observations, rap-

portées par moi, dans lesquelles la ligature des artères utérines fut faite par la voie vaginale de préférence à toute autre opération, je ne les ai mentionnées que pour démontrer l'action bienfaisante de cette ligature sur le volume de la tumeur et les hémorrhagies qu'elle détermine.

Mais quand la malade refuse et l'hystérectomie et la castration avant que les autres procédés ne soient essayés (comme dans les observ. VIII et XVIII), nous croyons que le chirurgien peut alors pratiquer la ligature des artères utérines par la voie vaginale pour faire bénéficier la malade du meilleur traitement palliatif à notre avis qu'on puisse lui donner, surtout quand elle s'approche de la ménopause.

c. *Manuel opératoire.*

Le manuel opératoire du pincement ou de la ligature des artères utérines par la voie vaginale ne se distingue nullement du premier temps de l'hystérectomie par la voie vaginale, de sorte que je n'ai pas à le décrire ici. De même par la voie abdominale, mais dans ce cas on a souvent de la peine à placer les pinces à forcipressure ou la ligature sur les artères utérines masquées par les adhérences. Dans un cas pareil il ne faut pas s'attarder à les chercher et le ventre fermé il faut aller les chercher par la voie vaginale. Si en même temps on peut pincer ou lier l'artère ovarienne, on le fait au niveau du bord de l'utérus. Sur l'artère utérine les pinces ou les ligatures doivent être mises au niveau de l'insertion du vagin sur le col utérin.

d. Les résultats du pincement et de la ligature des artères utérines.

En dépouillant nos observations, nous croyons utile pour mieux apprécier les résultats obtenus par cette intervention de diviser ces observations en deux groupes : l'un, dans lequelle cette opération était pratiquée selon les indications, que nous avons formulé plus haut, quand le chirurgien s'assurait de *visu*, qu'elle restait la seule ressource qui pourrait encore sauver la malade ; l'autre, dans lequelle les chirurgiens pratiquaient cette opération primitivement par la voie vaginale de préférence à toute opération plus radicale, moyen de procéder, que nous ne pouvons adopter vu les réserves que nous avons fait précédemment.

Dans le premier groupe entrent les observations de la 1re jusqu'à la 6e inclusivement, mais l'observation I ne peut pas entrer en ligne de compte, puisque dans ce cas le pincement de deux artères utérines n'était fait que pour favoriser le résultat de la castration ; le résultat de cette association était on ne peut mieux satisfaisant : à l'examen de la malade 6 mois après l'opération on note : absence de règles, diminution de la tumeur.

Les cinq autres cas ont donné des résultats suivants :

Obs. II (Schwartz, pincement de deux artères utérines) Pas de règles. Atrophie de la tumeur. Etat général excellent (deux ans après l'opération).

Obs. III (Robinson, lig. de deux art. uter., lig. de 2 art. ovar.). Quelques pertes insignifiantes. Tumeur diminuée de moitié.

Obs. IV (Robinson, lig. de deux art. utér., lig. de deux trompes). Pas d'hémorrhagie. Tumeur diminuée de moitié.

Obs. V (Martin, lig. de deux art. utér.). Règles normales, peu abondantes. Atrophie du fibrome. Pas de douleurs.

Obs. VI (Küstner, lig. de deux art. utér.). Une seule hémorrhagie insignifiante, utérus mesure 8 centim. au lieu de 11 centimètres.

Et si nous ajoutions, que les malades des obs. III et IV ont présenté ce résultat 6 mois après l'opération, la malade de l'obs. V — 11 mois et celle d'obs. VI — 6 semaines après l'opération, nous croyons, que ces observations sont assez éloquentes pour n'avoir pas besoin d'autre commentaire.

Quant aux treize observations de l'autre groupe, voilà les résultats que nous trouvons :

Atrophie des fibromes. — Obs. VII, XVI, XVII et XVIII.

Arrêt complet des hémorrhagies. — Obs. IX, XVI, XVII, XVIII et XIX.

Diminution notable des fibromes. — Obs. IX, X, XII, XIV.

Règles rendues normales. — Obs. VII, VIII, X, XI, XII, XIII, XV.

Les malades étaient revues pour la dernière fois :

Obs. VII, 2 mois après l'opération ; obs. VIII, n'était

pas revue ; obs. IX, 1 mois; obs. X, 1 an; obs. XI, 4 mois; obs. XII, 4 mois; obs. XIII, 3 mois; obs.XIV, 6 mois; obs. XV, 2 semaines; obs XVI, 1 mois; obs. XVII 3 mois; obs. XVIII, 2 mois et demi et enfin obs. XIX qui a été revue 14 mois après l'opération, mais déjà 9 mois après l'opération les hémorrhagies sont revenues, devenant de plus en plus abondantes, et elle est morte deux jours après l'entrée à la clinique.

Cette mort ne peut nullement être imputable à l'opération elle-même, puisque si elle était pratiquée chez une femme, où le chirurgien aurait pu s'assurer *de visu* qu'elle reste la dernière ressource, comme chez les malades de notre premier groupe, le chirurgien n'aurait qu'à se féliciter d'avoir procuré à cette femme la survie de 14 mois ; mais ici le chirurgien ne pourrait affirmer, que chez cette femme l'opération plus radicale était impossible.

Donc sur 18 interventions de ce genre nous ne notons pas d'échecs proprement dits, puisque dans une moitié des cas les malades ont été guéries complètement ; partout, où dans les observations l'état général est marqué grave avant l'opération, il devient excellent bientôt après ; dans l'autre moitié des cas, soit les hémorrhagies ont cessés, soit elles sont devenues insignifiantes, soit enfin elles ont pris le caractère des règles normales, soit la tumeur a diminué de volume de sorte, qu'elles n'incommodaient plus les malades.

Cette opération a réussi dans les cas, où les autres traitements palliatifs ont échoué (voir les obs. IX, X, XIII, XVI, XVII, XVIII).

L'étude des 19 observations, que nous avons pu recueillir nous permet donc de conclure, que le pincement ou la ligature des artères utérines pratiquée rationnellement peut donner la possibilité de soulager ou même de sauver un grand nombre des malades pour lesquels on ne pouvait rien jusqu'à présent.

V

OBSERVATIONS

Observation I (inédite)

Recueillie dans le service de M. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Fibromes interstitiels et sous-péritonéaux. Opération d'Hegar-Battey Pincement des artères utérines.

La nommée P... Adèle, âgée de 40 ans, exerçant la profession de mercière, entre le 23 avril 1894, salle Sedillot, lit n° 3 *bis*.

La malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Quant à ses antécédents personnels, elle a eu une angine à l'âge de 8 ans et depuis longtemps elle souffre de douleurs stomacales. Réglée à 12 ans, elle fut toujours bien réglée et dans l'intervalle des règles elle avait des pertes blanches.

Depuis environ dix ans la malade a commencé à avoir des règles très abondantes et venant à n'importe quel moment avec des alternatives de douleurs et de rémissions de plus ou moins longue durée Dans les moments, où elle avait des douleurs, elle avait des véritables crises l'obligeant à se coucher à terre. Il y a environ un an la malade s'aperçut qu'elle avait une umeur de côté gauche sans douleur.

En examinant la malade on trouve à l'inspection, que la totalité de la région hypogastrique est soulevée par une tuméfaction plus volumineuse à gauche, qu'à droite, sans changement de la consistance et de la couleur des téguments.

Par la palpation on sent une tumeur mobile, qu'on fait facilement déplacer latéralement, douloureuse à la pression, de consistance dure, bosselée ; à droite on sent des lobulations, qui sont indolores.

Par le toucher vaginal on trouve : le vagin est élongé d'avant en arrière et de haut en bas ; par la paroi vaginale antérieure on sent une tumeur dure, de consistance fibreuse, qui, quand on le suit avec le doigt, permet de soupçonner vers le sacrum le col de l'utérus, qui regarde le sacrum. L'utérus et la masse fibreuse toute entière est déviée à droite. Le cul-de-sac antérieur est effacé, les autres sont normaux. Les mouvements communiqués à la tumeur par la main à travers la paroi abdominale se transmettent au doigt vaginal. Avec le doigt profondément enfoncé on amène le col en avant et on fait basculer le col de l'utérus.

La malade urine avec une certaine difficulté et a parfois un peu d'incontinence ; elle se plaint en outre d'une constipation opiniâtre.

Elle est opérée le 11 mai par M. Rochard, chirurgien des hôpitaux.

Essai infructueux d'hystérectomie vaginale à cause de l'étroitesse du vagin et de la grosseur de la tumeur.

Essai infructueux d'hystérectomie abdominale à cause des adhérences au rectum et à plusieurs anses intestinales.

On fait alors l'opération de Hegar-Battey.

De plus on place sur les deux artères utérines deux pinces, qui sont laissées en place pendant 48 heures.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort le 2 juin 1894.

La malade a été revue le 5 juillet : la tumeur utérine a considérablement diminué de volume, l'utérus est devenu mobile ; on peut l'attirer et il est facilement enlevable; pas de règles depuis l'opération. La malade éprouve un grand soulagement.

La malade est revue de nouveau en octobre 1894 : la tumeur a encore diminué.

Observation II (inédite).

La nommée Mme T..., âgée de 47 ans, fut opérée par M. Schwartz en mai 1895 en ville.

Elle était atteinte depuis plusieurs mois de pertes continuelles, surtout au moment des règles, dues à un énorme fibrome, qu'on trouve enclavé dans le petit bassin. Cet énorme fibrome est senti par la paroi antérieure du vagin, et dans le ventre il remonte au-dessus de l'ombilic.

L'état général est bon. Rien de particulier dans les urines.

L'opération est faite le 8 mai.

Après avoir fait la laparotomie on trouve des adhérences totales : l'épiploon et l'intestin sont en bas et en arrière, les annexes sont plaquées sur la tumeur de sorte, qu'il est impossible de les enlever. On referme le ventre par trois étages de sutures et on pratique le pincement de deux artères utérines par le vagin. Les pinces sont enlevées 48 heures après.

La température prise le quatrième jour présente une légère élévation.

Le septième et le huitième jour la température monte à 40°, mais la malade ne présente pas ni de douleur dans le ventre ni de vomissements (grippe? congestion pulmonaire?). On prescrit

le sulfate de quinine (1 gramme dans les 24 heures) et du champagne. La température retombe à 37°. Aucune perte de sang.

Puis la malade a la néphrite. On prescrit le régime lacté.

La malade sort guérie au bout de 5 semaines.

Elle ne perd plus de sang.

En novembre 1895 le Dr Duffau écrit, que Mme T... va très bien ; la tumeur a beaucoup diminué et son état général est excellent.

La malade est revue en juin 1896 : diminution considérable du fibrome. Plus aucun trouble. Excellent état général.

Elle est revue de nouveau en avril 1897 : son état général est excellent. Atrophie de la tumeur. Pas de pertes sanguines.

Observation III

(De F. Byron Robinson)

En novembre 1892 une femme, âgée de 42 ans, m'a consulté pour une hémorrhagie utérine excessive durant depuis 18 mois. Pendant les six derniers mois elle a perdu tant de sang, qu'elle restait sans forces clouée sur son lit. L'examen a révélé un myome utérin d'une grosseur d'une tête d'enfant. Elle entre à Woman's Hospital. Assisté par les Drs Shibley et White j'ai pratiqué l'incision de la paroi abdominale, mais à cause des adhérences très étendues, à cause de l'épaisseur des parois abdominales et de l'état exténué de la malade on juge inopportun d'enlever la tumeur. Alors j'ai pris la résolution de lier les artères ovariques et aussi les artères utérines dans un point, où il n'y avait pas de risque de provoquer la gangrène de l'utérus. J'ai appliqué donc deux ligatures sur les artères utérines au niveau de 2/3 de leur distance de la trompe à l'orifice interne du col utérin. Je n'ai pas enlevé ni les trompes, ni les ovaires. La malade

a bien guéri, mais une fistule abdominale a persisté pendant plusieurs semaines.

Trois mois après l'opération l'utérus présentait 2/3 de son volume antérieur, et trois mois après il ne présentait que la moitié de son volume antérieur. Donc pendant ces six mois, l'atrophie était toujours progressive. La malade a eu quelques légères pertes sanguines, mais tellement insignifiantes, qu'elle se considère comme guérie.

Observation IV

(Du même auteur).

Il y a un an une dame, âgée de 44 ans, vint me voir pour des hémorrhagies utérines abondantes. En l'examinant je trouve un myome utérin grand comme deux poings d'homme. Elle n'a retiré aucun bénéfice ni des douches vaginales chaudes, ni d'ergot de seigle, ni du repos autant qu'elle en put jouir. J'ai essayé l'électricité sans aucun résultat apparent. A la fin de ce traitement elle a été pire que jamais. Elle entre dans Woman's Hospital dans mon service. A l'examen vaginal, on trouve un exsudat solide et une mollesse dans le petit bassin. La laparotomie a fait voir des adhérences tellement denses et étendues, qu'on a cru dangereux d'enlever l'utérus ou les annexes. Dans ces circonstances j'ai décidé de suivre une autre ligne de conduite. Tout d'abord j'ai lié les deux trompes au niveau de leur jonction avec l'utérus avec de la soie à l'aide d'une longue aiguille recourbée munie d'un orifice à son bout. Cette ligature avait pour but d'arrêter sa fonction pour toujours et empêcher le courant sanguin, venant dans cette direction, d'arriver dans l'utérus. L'utérus était très volumineux et placé dans un ancien

et solide exsudat et on craignait que, malgré la ligature des trompes et l'abolition de leur fonction (quoiqu'elles ne fussent pas enlevées), l'afflux sanguin ne soit assez considérable pour favoriser l'hémorrhagie. Alors j'ai adopté le plan de la ligature de l'artère utérine au niveau du milieu du corps utérin. Deux ligatures de soie furent appliquées sur l'artère utérine au niveau de son ascension sur les côtés de l'utérus. Le ventre a été fermé et la malade s'est rétablie. A mon grand étonnement l'utérus a diminué presque de moitié pendant trois mois. Les hémorrhagies abondantes cessèrent et elle reprit rapidement du poids. Six mois après elle allait bien. L'utérus a diminué de plus de moitié et paraissait presque normal de volume et de forme. Depuis ce temps-là, j'ai appliqué l'opération encore une fois mais c'est encore trop tôt pour parler du résultat.

Observation V

(De Franklin H. Martin).

La malade présente un grand fibromyome s'étendant jusqu'à l'ombilic abondamment hémorrhagique pour lequel une laparotomie fut faite sans succès, ni la tumeur, ni les annexes n'étant pas mobilisables à cause des adhérences très étendues. La malade ne quittait pas le lit depuis plusieurs mois à cause des hémorrhagies considérables et d'une faiblesse générale. Avec une grande difficulté je parvins à lier la base de deux ligaments larges y compris les artères utérines. L'opération était faite le 5 janvier 1893.

Dans mon rapport au mois de juin à propos de cette malade je disais : « l'hémorrhagie a cessé immédiatement et pendant deux semaines la malade n'en avait point. Puis elle a eu pendant

plusieurs jours une légère perte ayant tous les caractères d'une menstruation normale. Depuis ce temps-là elle a rapidement repris ses forces. Les menstruations étaient régulières, peu abondantes et sans douleurs. A présent cinq mois après l'opération elle peut s'occuper de son ménage et se considère comme guérie. La tumeur a regressé jusqu'à cesser d'être perceptible comme difformité et la malade n'a plus conscience de sa présence. »

Depuis la malade fut reçue par moi plusieurs fois et pour la dernière fois il y a un mois (1). Elle fut examinée par plusieurs médecins dont deux ont failli ne pas reconnaître l'existence d'une tumeur. L'utérus est un peu plus grand, qu'à l'état normal, tandis qu'avant il avait jusqu'à 8 pouces ; la malade est bien portante. Les règles sont régulières, peu abondantes ; pas de douleur.

Observation VI

(De O. Küstner).

La malade St..., âgée de 47 ans, souffre depuis quelques années d'abondantes et d'irrégulières hémorrhagies utérines et par moments de très fortes douleurs dans la région lombaire. On trouve un fibrome, situé en partie dans la paroi postérieure et en partie dans le ligament large du côté gauche. Le col se trouve près de la symphyse ; la cavité utérine mesure 11 centimètres et l'utérus est presque immobile. Le 10 septembre 1892 on essaie

1. L'article d'où est tirée cette observation a paru en janvier 1894. Donc pour la dernière fois la malade a été revue à peu près 11 mois après l'opération.

l'hystérectomie totale. Après avoir ouvert le cul-de-sac de Douglas et fait avec une grande difficulté la ligature des ligaments larges, je fus obligé de cesser l'opération, lorsque la mobilité de l'utérus n'était pas encore augmentée, ni l'orifice dans le cul-de-sac de Douglas suffisamment large. Suture de la plaie du cul-de-sac et dans la voûte vaginale. La voie abdominale étant résolument refusée par la malade on s'arrête sur l'opération suivante: la ligature des vaisseaux utérins sur toute leur étendue. Six semaines après cette opération j'ai revu la malade. J'ai trouvé l'utérus descendu en bas et à gauche, mais pas augmenté. La sonde n° 4 pénètre sur une longueur de 8 centimètres. Depuis l'opération la malade a eu une seule et insignifiante hémorrhagie. Elle se sent beaucoup mieux, si ce n'est tout à fait bien.

Observation VII

(De Greene).

Madame P... avait été sujette pendant plusieurs années aux abondantes et fréquentes hémorrhagies utérines surtout pendant les années 1892-1893. Elle souffrait beaucoup de douleurs dans le petit bassin et de constipation. En novembre 1893 j'ai été appelé pour lui faire l'hystérectomie, le médecin traitant ayant diagnostiqué un fibrome utérin. A l'examen j'ai trouvé un fibrome occupant presque entièrement le petit bassin et tellement adhérent, qu'il était immobilisable. Selon moi la tumeur aurait pesé 10 livres au moins. Ne croyant pas, que dans ce cas l'hystérectomie puisse donner un bon résultat et comme j'avais eu tout récemment une conversation avec le professeur Martin (de Chicago) sur sa récente expérimentation de la ligature

des artères utérines, j'ai décidé d'adopter la nouvelle méthode, en y ajoutant la ligature des artères ovariennes de l'un ou de deux côtés. Donc j'ai fait la ligature des artères utérines et d'une partie des ligaments larges suivant le procédé décrit par Martin, mais il m'était impossible d'atteindre l'artère ovarienne par le vagin. Alors j'ai fait la laparotomie et avec une grande difficulté je suis arrivé à poser les fils sur les artères ovariennes, en passant mon aiguille au-dessous des trompes et liant tout près de l'utérus.

L'utérus était tellement engorgé de sang, que je ne redoutais pas la gangrène, puisqu'il restait assez de circulation collatérale par les rameaux de l'artère ovarienne pour maintenir la vie de l'organe. Après l'opération j'ai laissé la malade sous la surveillance de son médecin, ayant souvent des nouvelles d'elle pendant la première quinzaine, chaque rapport étant bon.

Je l'ai revue en janvier 1894 et j'étais vraiment surpris du grand changement, qui se produisit en elle pendant ce temps. Elle était pleine de santé et disait, que jamais elle ne s'était mieux portée. A l'examen j'ai trouvé encore l'utérus augmenté, mais si peu en comparaison de la régression qu'il a subi, que cette augmentation ne vaut pas même la peine d'être mentionnée. Les règles sont régulières et normales, si ce n'est une douleur qu'elle éprouve les premiers jours, quoique cette douleur n'est jamais assez forte pour l'obliger de garder le lit.

Observation VIII

(du même auteur).

En août 1893, j'ai été appelé pourvoir Mme H..., (à Mishawaka), âgée de 31 ans. Elle souffrait depuis deux ans de pertes

sanguines répétées, peu abondantes, mais fréquentes. L'examen révéla un fibrome sous-péritonéal dans la paroi postérieure de l'utérus d'une grosseur d'une grosse noix. Elle voulait bien être soulagée, mais elle refusait l'hystérectomie jusqu'à ce que tous les autres moyens ne fussent essayés. J'ai donc décidé la ligature des artères utérines par le vagin. Par une incision circulaire j'ai circonscri le col et, ayant refoulé les tissus, j'ai lié facilement les artères utérines, et les fils coupés très courts j'ai reconstitué la voute vaginale par une suture continue. Pas de complications : elle n'a pas eu ni de la fièvre, ni des douleurs. Depuis ses règles viennent régulièrement et elles n'a plus de pertes. Je ne l'ai pas examiné depuis donc je ne puis rien dire par rapport à la tumeur.

Observation IX

(De Franklin H. Martin).

La malade, une vierge âgée de 36 ans, présente de nombreux fibromes interstitiels. Elle fut soumise à plusieurs reprises au traitement d'Apostoli pendant plus d'une année. La tumeur dans son ensemble a été réduite grâce à ce traitement et l'hémorrhagie a été modifiée, c'est-à-dire que tant que le traitement durait il n'y avait pas de pertes sanguines même pendant la période menstruelle, mais aussitôt que le traitement était suspendu pendant une semaine ou plus les pertes sanguines revenaient. La malade, tout en étant satisfaite de ce traitement, ne croyait pas possible de s'y soumettre durant toute sa vie et c'est pour cela que je lui ai proposé l'opération, laquelle fut faite le 15 novembre 1892 à Woman's Hospital.

Tous les détails de l'opération furent exécutés, malgré les dif-

ficultés occasionnées par la contracture du vagin. Je n'étais pas complètement satisfait de l'opération, craignant de ne pas être allé assez haut du côté gauche pour embrasser toutes les branches de l'artère utérine. Je fus moins timide et plus persistant du côté droit et j'ai réussi à transpercer complètement les 2/3 du ligament large. On pouvait sentir une artère pleine et pulsatile, ce que j'ai fait constater à mes deux assistants. La ligature a fait cesser toute pulsation qui était bien sentie près du col. Les fils furent coupés court et les incisions vaginales suturées au catgut, le vagin fut rempli de gaze et la malade fut mise au lit. Pendant 24 heures il y eut un léger écoulement de sang veineux et à partir du deuxième jour un écoulement d'un liquide de couleur jaune paille. Elle quitte l'hôpital le huitième jour.

Revue le quinzième jour : pas d'écoulement ; la malade dit, qu'elle sent moins de plénitude et de pression dans le petit bassin, qu'avant l'opération.

La malade, ayant quitté Chicago, m'écrit au bout d'un mois : « j'ai eu des douleurs dans le ventre à la suite d'une journée « fatigante ; j'avais des pertes tous les jours, qui augmentaient, « quand je remuais beaucoup, ordinairement le matin ; ce « n'était pas un écoulement constant, mais il était abondant. Pas « d'hémorrhagie depuis votre dernier examen ». Ainsi, tout en ayant une perte hydrorrhéique extraordinaire, la malade était complètement exempte d'hémorrhagie.

Observation X

(du même auteur).

La malade est une femme mariée, âgée de 40 ans, présentant un fibromyome utérin hémorrhagique, pour lequel elle a déjà

subi un traitement électrique. La tumeur était visiblement réduite par les applications intra-utérines mais pour une certaine cause (probablement à cause d'irrégularité du canal cervical) l'hémorrhagie n'était pas arrêtée.

Alors j'ai décidé la ligature de la base des ligaments larges. La malade fut envoyée à l'hôpital souffrant de pertes sanguines constantes depuis plusieurs mois. Elle fut préparée pour l'opération le 3 décembre 1892. Après avoir mis à vue le col à l'aide de rétracteurs nous notons un écoulement sanguin abondant le col est gros, bleuâtre, vascularisé. Le vagin était large et l'opération facile à exécuter. J'ai placé la ligature à gauche de façon à inclure une épaisseur de deux pouces du ligament large à un pouce de distance de l'utérus. Quand j'eus mis la première ligature un de mes assistants, un gynécologue très connu, me fait remarquer, que le col a notablement pâli. La même opération était accomplie du côté droit. S'il restait encore quelque doute de ce que le procédé agisse sur la vascularisation de l'utérus, le doute disparut après cette deuxième ligature. Le col pâlit immédiatement et devient blanc comme une pièce cartilagineuse. L'hémorrhagie utérine du début de l'opération a complètement cessé, quand celle-ci a été terminée. La malade fut traitée comme dans le cas précédent et elle quitta l'hôpital le huitième jour.

Revue 14 jours après l'opération : pas de moindre perte sanguine depuis l'opération ; la pression dans le petit bassin a considérablement diminué et la malade parle d'une sensation de légèreté, qu'elle éprouve dans cette région. A l'examen nous trouvons les plaies vaginales complètement cicatrisées, pas de pulsation dans la voûte vaginale, l'utérus a visiblement diminué dans son volume.

(Dans une publication postérieure l'auteur, parlant du même cas, dit) :

J'ai vu cette malade pendant plusieurs mois après l'opération (3 décembre 1892). L'hémorrhagie a cessé complètement. Elle n'avait qu'une très légère perte sanguine dans la période menstruelle. Toute douleur a disparu.

L'utérus a considérablement diminué de volume vers la fin du premier mois. A la fin du deuxième mois il était un peu plus grand qu'un utérus normal. La femme a repris la santé, de sorte que de l'état d'une infirmité presque complète, elle s'est transformée en une femme relativement forte et bien portante.

L'amélioration était progressive depuis l'opération. Maintenant au bout d'un an après l'opération je puis dire, que je n'ai jamais vu une femme, ayant été dans un état aussi déplorable que celle-ci, donner des meilleurs résultats soit après l'hystérectomie, soit après une opération de Battey-Fait. Avant l'opération le fibrome interstitiel mesurait 8 pouces en hauteur sur 5 en largeur et débordait le petit bassin.

Observation XI

(Du même auteur)

La malade m'est envoyée par le Dr Stanley ; elle est âgée de 30 ans, mariée, n'a pas d'enfant. Elle présente un fibrome utérin hémorrhagique, avec hypertrophie considérable de l'utérus. Comme la tumeur était relativement petite, j'ai décidé de pratiquer la ligature d'un seul côté. Elle n'a quitté le lit qu'au bout de 10 jours. Le résultat n'a pas été idéal. L'hémorrhagie a diminué de quantité. Je l'ai revue un mois après l'opération et je n'ai pas trouvé de changement appréciable du côté de l'utérus. La malade m'écrivait quatre mois après l'opération : « les pertes sanguines sont devenues comme durée et comme quantité

trois fois moindres ». En un mot pas de guérison dans ce cas et cela parce que n'ai lié le ligament large que d'un seul côté.

Observation XII

(du même auteur)

Hémorrhagie constante depuis 3 mois; diagnostic: tumeur fibreuse interstitielle d'un volume rappelant celui d'un utérus gravide de quatre mois. Je l'ai opéré le 8 janvier. Elle a eu une légère élévation de température à la suite de l'opération, et au bout d'un mois après l'opération la ligature du ligament large du côté gauche a donné une escharre, s'étant infecté par le vagin. Quatre mois après l'opération le Dr Geer m'écrivait, que la menstruation ne durait que 2 jours, qu'elle était peu abondante et sans douleur. Le fibrôme a diminué tellement, que l'utérus est devenu presque normal. La malade prétend, qu'elle est guérie.

Observation XIII

(du même auteur).

La malade (femme d'un médecin, ayant une grande réputation nationale) est âgée de 36 ans, de taille au-dessus de la moyenne bien conformée, mais peu charnue, avec une peau blanche semblant complètement exsangue. L'utérus présentait un volume égal à celui d'un utérus gravide de 4-5 mois. On diagnostique un fibrome interstitiel de l'utérus ; celui-ci est en position normale.

Le col avait presque deux pouces de diamètre avec un orifice déhiscent. L'histoire du développement du fibrome datait évidemment de quelques années ; la malade n'a jamais eu d'enfants. Les règles depuis deux ans ont augmenté tant en quantité qu'en durée ; jusqu'à présent elles étaient régulières et duraient chaque fois quinze jours malgré les tamponnements utérins et vaginaux, malgré l'ergot du seigle, l'hydratis et le repos en décubitus dorsal. Chaque mois elle perdait tant de sang, qu'elle arrivait jusqu'à l'exténuation complète et pendant les autres treize jours elle recouvrait à peine un peu de ses forces, de sorte qu'elle ne pouvait se tenir debout sans s'évanouir. L'écoulement considérable s'accompagnait de douleurs tellement intenses, que la malade perdait souvent connaissance.

Pendant les quatre derniers jours de la période intercalaire, quand la malade pouvait se traîner, elle le faisait avec une grande difficulté à cause d'une forte pression et de douleurs névralgiques dans le petit bassin. En examinant le ligament large par le vagin le doigt reconnaissait de chaque côté l'artère utérine volumineuse et pulsatile. La tumeur était mobile ; les annexes paraissaient sains et le ligament large accessible. En un mot, c'était un cas typique d'un fibrôme hémorrhagique de l'utérus, clouant la malade au lit. Le mari médecin, très intéressé de surveiller la malade soigneusement, ne demandant pas mieux que d'essayer la nouvelle opération pour en apprécier les résultats, j'ai fait l'opération. La malade resta à l'hôpital trois semaines. La menstruation habituelle était attendue pour le lendemain. Le lendemain en effet elle commença, mais tellement légère et indolente, que la malade ne voulait pas croire que cela pourrait être ses règles, jusqu'à ce que plusieurs jours se soient écoulés sans qu'un autre écoulement apparût. Elles ont duré trois jours, à peine perceptibles et absolument indolentes. Le traitement consécutif consistait en douches vagina-

les (après avoir enlevé le tampon de gaze), une diète légère et le décubitus dorsal pendant deux semaines. La malade est partie de l'hôpital en Suisse. Le 30 août, deuxième menstruation ; il y avait une légère douleur, mais insuffisante pour nécessiter un calmant quelconque. La perte sanguine n'était que la moitié de ce quelle était avant l'opération et n'a duré que six jours. Le 28 septembre, troisième menstruation : la quantité du sang perdu normale, la durée de quatre jours et très légères douleurs. En octobre, la quatrième menstruation : quantité normale, durée de quatre jours, légères douleurs.

J'ai examiné la malade juste la veille de la dernière menstruation. Elle a repris de poids de plusieurs livres, ses joues et ses lèvres étaient roses ; elle avait l'aspect de santé et de force ; l'état de son esprit était en unisson avec son aspect extérieur. Elle m'assurait avec enthousiasme, qu'elle allait parfaitement bien. En l'examinant j'ai trouvé que l'utérus, tout en restant au-dessus de la normale, avait diminué de moitié ; le col est petit et normal, nulle pulsation artérielle n'est perçue dans aucun des ligaments larges, ni dans la voûte vaginale.

Observation XIV

(de Goelet)

J'ai lié l'artère utérine d'un seul côté par la voie vaginale en janvier 1889 dans un cas d'un fibrome du volume d'un utérus gravide de 7 mois. De ce côté l'artère utérine battait si violemment, que je fus obligé de la lier pour diminuer l'afflux sanguin et le volume de la tumeur, car la tumeur n'incommodait la malade que par sa grosseur. L'artère de l'autre côté ne fut pas liée

ne pouvant pas être atteinte par le vagin à cause de la position de la tumeur. Néanmoins cette diminution de l'afflux sanguin a produit un effet visible sur la grosseur de la tumeur. Six mois plus tard la tumeur a diminué d'un tiers au moins. La malade a refusé la ligature de l'autre artère, parce que la tumeur ne l'incommodait plus.

Observation XV

(Du même auteur).

La malade, qui avait un fibrôme sous-péritonéal de la paroi de l'utérus m'a été envoyé par le Dr Stimson. La tumeur a beaucoup augmenté pendant la dernière année et je lui ai proposé la ligature des artères utérines pour arrêter son développement et diminuer son volume. Je l'ai opérée le 1er avril 1894. La menstruation était attendue pour le 14 avril, mais elle a commencé le 10 avril et n'a duré que 3 jours, tandis que avant l'opération elle durait toute une semaine. La quantité de sang perdu était beaucoup moindre. Dans ce cas la cavité utérine n'était pas curettée, de sorte que l'effet était dû uniquement à la diminution de l'afflux sanguin. Avant l'opération le col était engorgé et dur. A la suite il présentait une pâleur marquée, et maintenant les tissus sont beaucoup plus souples. Il s'est écoulé trop peu de temps après l'opération pour pouvoir parler du volume de la tumeur.

Observation XVI

(de O. Küstner)

Madame K... âgée de 25 ans, ayant déjà accouché deux fois (la dernière fois il y a six ans) souffre depuis ce temps d'hémorrhagies utérines irrégulières, prolongées et abondantes. On lui a fait déja dans une ville universitaire voisine deux curettages, mais sans résultat appréciable. L'utérus est augmenté, mais normalement disposé ; sa cavité mesure 12 centimètres. On trouve un fibrome interstitiel de la paroi antérieure. La malade refuse et la cure radicale et toute opération par la voie abdominale, ainsi que la castration. Alors le 12 février 1893 on lui fait l'incision circulaire au niveau du col, on met à nu les vaisseaux utérins et on les lie. Le 15 mars au toucher l'utérus ne parassait plus augmenté; sa cavité mesure 6 cent. 5. Jusqu'à ce temps pas d'hémorrhagie.

Observation XVII

(De Sigmond Gottschalk).

Mme von Br..., âgée de 49 ans, était traitée sans succès pour les hémorrhagies depuis le mois d'avril de l'année dernière jusqu'au mois de janvier courant par un de nos plus éminents gynécologues par le curettage et par les autres procédés palliatifs. Alors on lui a conseillé comme moyen inévitable l'hystérectomie totale. Elle avait presque consenti à subir cette pénible opération ; mais le jour même, elle est venue me demander, si réellement cette opération était nécessaire. J'ai trouvé chez cette malade très anémique un utérus en forte rétroversion, renfermant

dans son côté droit deux fibromes interstitiels, d'une grosseur d'une pomme près du fond de l'utérus et d'une noix au milieu de la paroi postérieure. J'ai offert à la malade de lui faire la ligature des vaisseaux utérins, que j'ai pratiquée le 20 janvier. Voici le résultat de cette opération : « en février et mars, une légère hémorrhagie durant quelques jours ; à partir du 13 mars elle se trouve en période de ménopause. Elle porte un pessaire d'Hodge, qui soutient l'utérus redressé en position normale ; les deux fibromes ne peuvent être retrouvés par le toucher ; le volume de l'utérus dépasse à peine la normale. La malade est maintenant tout à fait bien portante et a un aspect florissant.

Observation XVIII

(Du même auteur).

Le 4 mars on m'a présenté Mme B..., âgée de 45 ans. Elle avait un aspect misérable et exténué, grâce aux abondantes et prolongées hémorrhagies. A l'examen des organes génitaux on trouve un polype d'un volume d'une noix procidant à travers le col dans le vagin. L'utérus a le volume d'une tête d'enfant, d'une configuration très irrégulière et en rétroversion. Cette configuration irrégulière était due à de nombreux fibromes dont quelques-uns avaient le volume d'une pomme. La malade a des hémorrhagies abondantes ; celles-ci ne cessent pas après l'ablation du polype. A cause des hémorrhagies incoercibles et d'une grande faiblesse, la malade était obligée de garder le lit jusqu'au 19 mars ; lorsqu'elle essayait de quitter le lit elle avait des syncopes. Le 20 mars, j'ai fait la ligature après avoir fait préalablement le curettage. Les hémorrhagies cessèrent aussitôt. La malade n'a qu'une seule fois du 2 au 6 mai une faible

menstruation. Depuis le 5 mai, c'est la ménopause. L'examen ne révèle qu'un fibrome près du bord droit de l'utérus qui du volume d'une pomme a regressé jusqu'à celui d'une noix et qui se trouve complètement sous le ligament large étant donc devenu sous-péritonéal; de sorte que tous les fibromes ont disparu et que celui qui a persisté a été fortement réduit et chassé dans le ligament large. La malade, qui avant l'opération présentait un état général grave, se croit à présent guérie. Elle a augmenté beaucoup de poids et est heureuse, parce qu'elle n'a plus ces hémorrhagies, qu'elle avait depuis des années.

Observation XIX

(De Rydygier)

J... Ch... âgée de 32 ans, était opérée par moi le 21 décembre 1891 à cause d'une forte hémorrhagie, provoquée par un fibrome utérin. J'ai fait la ligature de deux artères spermatiques internes (est-ce le synonyme des artères ovariques?) de deux artères utérines et de deux artères des ligaments ronds. Après une période complètement tranquille la malade a quitté la clinique le 20 janvier 1892. Les hémorrhagies ont cessé complètement. Le 3 mars 1893 la malade est revenue à la consultation et dit, qu'elle n'avait pas eu d'hémorrhagie jusqu'à octobre 1892, mais que depuis elles ont reparu devenant de plus en plus fortes. La tumeur a aussi augmenté de volume. La malade est entrée à la clinique avec une telle anémie, qu'il n'y avait pas même à songer à une opération pendant les premiers jours et avant même qu'elle se fût reposée suffisamment de son voyage, elle mourut le 8 mars avec tous les symptômes d'anémie. Malheureusement l'autopsie n'a pu être pratiquée.

VI

CONCLUSIONS.

1. — Le fibrome utérin en se développant détermine dans tout l'utérus une hyperhémie permanente sous l'influence de laquelle la muqueuse utérine se trouve dans un état favorable à la pullulation des microbes vulgaires. De là les lésions d'endométrite glandulaire, interglandulaire et fongueuse qu'elle présente.

2. — Les dernières variétés d'endométrite présentant un grand développement des vaisseaux de nouvelle formation sont extrêmement favorables aux hémorrhagies.

3. — L'abondance des règles dans les fibromes peut être expliquée non seulement par l'endométrite, mais encore par ce fait, que la cavité s'allonge dans les utérus fibromateux et que la muqueuse, qui suit ce mouvement d'agrandissement, saigne par une surface plus large.

4. — Le pronostic des fibromes utérins étant benin histologiquement ne l'est pas toujours cliniquement.

5. — En dehors de l'ablation totale du fibrome, qui doit toujours être l'opération de choix, quand elle n'est pas

contre-indiquée, parmi les procédés palliatifs il faut donner la préférence à la castration bilatérale qui a fait déjà ses preuves, quand celle-ci est possible.

6.— Quand on s'assure de *visu*, que ni l'hystérectomie ni la castration ne peuvent être pratiquées avec succès, soit à cause des adhérences très solides et vasculaires, soit que l'état général de la malade ne permette pas de lui faire subir une opération longue et laborieuse, il faut pratiquer la ligature ou le pincement des artères utérines de deux côtés, à laquelle opération on peut ajouter la ligature des artères ovariennes.

7. — La ligature des artères utérines, en diminuant des 2/3 à peu près l'apport du sang à l'utérus, arrête ou diminue de beaucoup les hémorrhagies, amène dans la majorité des cas la diminution très sensible du fibrome, plus rarement son atrophie complète et par cela fait disparaître les phénomènes de compression.

8. — Cette opération est préférable à tous les autres procédés palliatifs, si on en excepte la castration, puisqu'elle donne des résultats immédiats et ne demande pas comme eux un traitement de longue durée et trop souvent infidèle.

9. — Cette opération, ne pouvant rationnellement être pratiquée qu'après un essai infructeux d'hystérectomie ou de castration, peut dans ces conditions être faite soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

10. — Cette opération ne doit jamais être pratiquée par la voie vaginale primitivement sans qu'on se soit assuré auparavant, que les opérations plus radicales sont impossibles.

11. — Nous pensons, que chez les femmes, qui sont près de la ménopause et qui refusent et l'hystérectomie et la castration, on peut faire la ligature des artères utérines par la voie vaginale pour les faire profiter de la meilleure et la plus prompte opération palliative.

12. — L'association de la ligature ou du pincement des artères utérines à la castration favorise les effets de cette dernière.

Vu par le président de la thèse
LE DENTU

Vu par le Doyen.
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

VII

BIBLIOGRAPHIE.

F. H. Martin. — Vaginal ligation of a portion of the broad ligaments for uterina tumors or hemorrhage. Amer. Jour. of Obstet. 1893, XXVII, 489-492.

— Ligation of the broad ligament of the uterus of uterine fibroïds. Amer. Jour. of Obstet., 1894, XXIX, 32-37.

— Vaginal ligation of a portion in the broad ligament of the uterus for uterin tumors. The Jour. of the Amer. Medic. Association, 1893, XXI, 330-331.

F. B. Robinson. — A new method of treatmen of uterine myoma without removal of the uterus, by ligation of the ovarian and uterine arteries. Amer. Journ. of Obstet., 1894, XXIX, 484-487.

— A new method of aiding in the atrophy of uterine myoma without removal. Ibidem 1893, LVIII, 536-537.

J. B. Greene. — Fibroid tumors of the uterus. Jour. of the Amer. Med. Assoc., 1894, XXII, 179.

A. H. Goelet. — Ligation of the base of the broad ligaments including the uterine arteries per vaginam for fibroïds of the uterus. Amer. Med. Surg. Bulletin, 1er juin 1894, 645-647.

F. H. Martin. — Reply to Prof. Sigmond Gottschalk's letter to the Chicago Gynecological Society. Am. J. of. Obst. 1894, XXIX, 824-827.

S. Gottschalk. — Martin's operation for vaginal ligation of a portion of the broad ligaments in uterine fibroïds : a question of priority. Ibidem, 823.

Currier. — Myoma uteri and its treatmen. Ibidem, 19-31.

S. Gottschalk. — Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. Centralblatt. f. Gynak., 1893, n° 39, 897.

— . Ueber Histogènese und Aetiologie der Uterusmyom. Ibidem.

O. Kustner. — Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. Ibidem, 1893, n° 33, 761.

Rydygier. — Zur Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. Ibidem, 1894, n° 18, 297.

A. Doran. — On the absorption of fibroid tumors of the uterus with a report of suspected case. Frans. Obst. Soc. of London, 1894, XXXV, 202-292.

Verneuil. — Revue médic.-chirurg. des mal. des femmes, 1893, XV, 198-201.

Terillon. — Gaz. de gynécologie, 1893, VIII, 225.

Segond. — Annales de gynécolog., 1888, juin.

Bouilly. — Congrès français de chirurgie (7e section) 1893.

Boiffin. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Paris, 1894.

S. Pozzi. — Traité de gynécologie. Paris, 1897.

S. Duplay-Reclus. — Traité de chirurgie.

Batuaud. — Thèse de Paris, 1891

Marcqt. — Thèse de Paris, 1890.

Desmollières. — Thèse de Paris, 1895.

Auscaler. — Thèse de Paris, 1896.

Cornil. — Leçons cliniques.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos..... 9
I. — Histoire clinique des fibromes utérins..... 11
a. — Etiologie..... 11
b. — Anatomie pathologique..... 12
c. — Symptomatologie et diagnostic..... 16
d. — Marche et pronostic..... 18
II. — Pathogénie des fibromes utérins et de leurs hémorrhagies..... 20
III. — Traitement palliatif des fibromes utérins..... 26
a. — Traitement médical..... 27
b. — Traitement chirurgical palliatif..... 30
IV. — Pincement et la ligature des artères utérines..... 35
a. — Historique..... 35
b. — Indications de cette opération..... 38
c. — Manuel opératoire..... 40
d. — Les résultats du pincement et de la ligature des artères utérines..... 41
V. — Observations (I-XIX)..... 45
VI. — Conclusions..... 65
VII. — Bibliographie..... 68

H. Jouve, imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris